

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 73

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} décembre 1898, à 1 heure

Par PAUL CORNILUS

Né à Saint-Quentin (Aisne) le 1^{er} août 1862

L'AUTOPLASTIE

PAR LA RÉGION MAMMAIRE

MOBILISATION ET TRANSFORMATION DU SEIN

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. PROUST, professeur.
REMY et THOINOT agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

73

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} décembre 1898, à 1 heure

Par **PAUL CORNILUS**

Né à Saint-Quentin (Aisne) le 1^{er} août 1862

L'AUTOPLASTIE

PAR LA RÉGION MAMMAIRE

MOBILISATION ET TRANSFORMATION DU SEIN

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM.) PROUST, professeur.
) REMY et THOINOT agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGRÈZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA CHÈRE ÉPOUSE

L'AUTOPLASTIE

PAR LA RÉGION MAMMAIRE

Mobilisation et transformation du sein

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder ce travail, nous avons hâte d'adresser nos remerciements les plus sincères aux maîtres éminents qui ont guidé nos pas dans la carrière que nous avons choisie. Nous nous ferons un bonheur d'appliquer leurs préceptes et un honneur de suivre leurs exemples.

Qu'il nous soit permis d'envoyer l'expression de notre gratitude à M. Rigal et à M. le professeur Raymond dont le savoir et la patience aplanirent pour nous les difficultés de la science médicale.

Nos hommages iront ensuite à M. le professeur Reclus si scrupuleux dans sa pratique et si lumineux dans son enseignement.

Nous n'oublierons jamais les entretiens si pratiques, si

féconds et si agréables de M. Legueu, qui fut l'inspirateur de cette thèse.

Nous avons aussi à cœur de témoigner notre reconnaissance à MM. Balzer, Doléris, Thibierge, Hutinel, Jalaquier, Ricard et Chaput dont nous louerons toujours la science profonde et l'affabilité.

Enfin nous aurons un dernier témoignage de gratitude pour M. le professeur Le Dentu qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Depuis l'avènement de l'antisepsie, l'habitude des vastes extirpations a pris d'étonnantes proportions, et bien souvent le chirurgien se trouve en face d'énormes pertes de substance. Nous n'en voulons pour exemple que l'exérèse mammaire, et nous prenons cet exemple à dessein, car cette opération, plus que toute autre, pourrait bénéficier de notre démonstration.

Si l'on poursuit l'histoire de cette opération dans ces vingt dernières années, il est curieux de suivre la progression. Moore enleva systématiquement toute la glande et en outre un lambeau tégumentaire. Winiwarter, en 1878, fit le curage de l'aisselle, et Kirmisson trois ans plus tard, érigeait ce détail en principe. Halster s'attaqua au grand pectoral. Richard et Vautrin, de Nancy, laissèrent le péricarde à découvert. On vit même Arbutnot et Lane, désarticuler l'épaule en poursuivant les noyaux cellulaires suspects. On put alors se demander si l'exérèse du sein allait se compliquer de chirurgie pulmonaire. Mais un tassement se produisit ; l'obstination des médecins triompha, d'une pratique trop aventureuse. Mais l'extirpation très large avec curage systématique

de l'aisselle est restée de règle aujourd'hui, et pour peu qu'on opère une récidue, on se trouve en face de plaies d'énormes dimensions.

En présence de ces délabrements, la chirurgie réparatrice reste souvent perplexe. C'est une loi d'extirper largement, mais toute loi bien faite doit prévoir et prévenir les inconvénients qu'elle engendre. Une loi de vaste délabrement devrait avoir pour corollaire la possibilité de restaurer facilement. Il n'en est pas toujours ainsi, et si l'on est parfaitement d'accord sur la nécessité d'extirper amplement, on est loin d'être fixé sur les moyens de réparer amplement. La règle est ici de faire comme on peut et de s'inspirer des circonstances. C'est le règne de l'*ad libitum*, pis-aller fâcheux en chirurgie comme en médecine.

Nous avons donc pensé que peut-être il ne serait pas inutile d'appeler l'attention sur une réserve autoplastique trop rarement utilisée : je veux parler de la peau du sein. Nous nous proposons donc, dans un court exposé préliminaire, d'insister sur la nécessité de la réunion immédiate et de l'autoplastie. Nous dirons quelques mots sur les procédés autoplastiques aujourd'hui préférés.

Puis, abordant les questions que nous avons à cœur de traiter, nous montrerons ce qu'on peut faire en chirurgie plastique avec la peau du sein. Une opération récente de M. Legueu nous servira de type, et nous en approfondirons tout spécialement les détails. Nous en étudierons ensuite quelques autres destinées à corroborer et à étayer notre thèse et nous tirerons de ce modeste examen quelques conclusions pratiques.

En face d'une plaie considérable, que font les opérateurs? Ils se partagent en deux camps : ceux qui réunissent et ceux qui ne réunissent pas. Un des plus illustres parmi les derniers fut, on le sait, Verneuil.

« Quand la perte de substance est minime et superficielle, disait-il, je l'abandonne à elle-même, ou je réunis les bords par la suture simple. Quand elle est plus considérable, qu'elle intéresse un orifice ou qu'elle perfore une cavité, je favorise la réunion par quelques manœuvres autoplastiques de peu d'importance. Dans les cas graves, je m'abstiens. Par des pansements méthodiques, je dirige moi-même la cicatrisation, et je laisse au besoin s'établir une difformité, à la réparation de laquelle je procède plus tard et en temps convenable (1).

Particulièrement dans l'ablation du sein, la suppuration était aux yeux de Verneuil une sorte de garantie contre la récidive.

La force des choses a détrôné cette conception peu comptable avec l'antisepsie moderne.

1. Verneuil. *Mémoires de Chirurgie*, I.

En effet les plaies bourgeonnantes d'une vaste étendue exigent un travail de suppuration toujours très long, parfois elles demeurent à mi-chemin de la guérison, les bourgeons charnus ou les tissus ambiants se trouvant incapables de suffire à la réparation.

Quand la cicatrisation spontanée est possible, elle est trop fatigante pour des organismes débilités, souvent cachectisés par une infection envahissante. Elle exige de plus une surveillance quotidienne, des pansements multiples qui font souffrir le malade et l'exposent journellement à une invasion microbienne.

Enfin la cicatrice est souvent difforme, hideuse, elle amène de fâcheuses impotences, par suite de la rétraction inodulaire. Elle n'offre qu'une faible résistance et a une grande tendance à l'ulcération.

Donc la plupart des opérateurs s'appliquent à fermer la plaie. Mais comment y parvenir, en présence d'une perte de substance embrassant, par exemple, la moitié de la paroi thoracique.

Affronter les bords sans artifice, il n'y faut pas songer. Il n'existe plus alors qu'une ressource, l'autoplastie.

Certes, les procédés autoplastiques sont déjà bien nombreux et comptent à leur actif d'innombrables succès. Sans remonter à Celse et à la méthode ancienne, renouvelée par la méthode française avec Roux, Choppart et Larrey, sans parler de la méthode italienne de Tagliacozzi, modifiée par Graefe et si souvent employée avec succès par MM. les professeurs Berger et Reclus (1),

1. Voir *Autoplastie*, Gagnard, Th. de 1896, Paris.

sans rappeler la méthode des Brahmes, on ne peut laisser passer sans en faire l'éloge tous les procédés utilisés de nos jours. Que de progrès réalisés depuis Martin et Jobert de Lamballe et Blandin. Reverdin créa la greffe épidermique, Ollier prit le derme avec l'épiderme, Tiersch en 1894 ajoute le râclage des bourgeons de la plaie sous-jacente. Le Fort en 1872, Krause et Wolfe greffèrent des lambeaux dermo-épidermiques, mais eurent soin d'enlever la couche cellulo-adipeuse qui les doublerait. Puis on essaya les greffes étrangères ou hétéroplastiques. On prit même aux animaux le lambeau d'emprunt. Allen utilisa la peau de grenouille (1), Barattoux l'épiplooir d'agneau (2) et de Weécker la conjonctive du lapin.

Voilà donc, semble-t-il, le chirurgien suffisamment armé en face d'une large plaie découverte. Eh bien ! non. Trop souvent, il reste hésitant par suite de déceptions antérieures. Les procédés n'ont pas fait honneur à leur réputation. C'est la rétraction, l'ulcération, le sphacèle qui ont entravé la cicatrisation. C'est la difformité, le mauvais aspect de la région autoplastiée qui l'ont peu satisfait. Et l'opérateur se demande souvent s'il ne pourrait pas utiliser une ressource autoplastique autre que celles dont il a déjà usé.

C'est à cette question que nous répondons. Il y a une ressource que l'on néglige trop et qui est cependant aussi riche que facile à mettre en valeur, surtout dans

1. *The Lancet*, 1884.

2. *Progrès médical*, 1887.

les plaies thoraciques ou dorsales : c'est la région du sein.

Chez les femmes d'un certain âge, cette mamelle qui fut jadis distendue par la lactation, aujourd'hui flasque, pendante, sans utilité physiologique ou esthétique, est susceptible d'offrir une réserve tégumentaire abondante. Et il est aisé de la mettre à profit par glissement, par étalement, par inflexion, par transformation, par mille moyens anaplastiques inspirés des circonstances.

La peau du sein répond aux conditions requises par M. Monod pour les greffes cutanées totales. En effet, il est essentiel, selon lui, que la région d'emprunt offre une peau fine, peu couverte de poils, peu chargée de graisse et facilement détachable de l'aponévrose sous-jacente.

Donc rien ne s'oppose à ce qu'on utilise ce tégument. C'est ce que pensa M. Legueu, lorsqu'il pratiqua la belle opération qui sert de base à ce travail et dont voici la description.

III

En avril 1897, une femme de cinquante-six ans, atteinte d'un cancer de la mamelle droite, entra dans le service de M. Pozzi pour se faire opérer. L'extirpation largement faite par M. Legueu qui suppléait alors M. Pozzi, laissa une brèche qui put néanmoins se combler par traction et la réunion se fit par première intention.

Trois mois plus tard, récurrence sur place, absence de ganglions axillaires. Une seconde intervention est indiquée, et très largement pratiquée.

La plaie béante offrait 0,25 centimètres dans le sens transversal et 0,17 centimètres dans le sens vertical. Il est dès lors impossible de réunir car les tissus voisins ont été mobilisés dans la réunion immédiate de la première opération.

Comment obvier à cette pénurie tégumentaire ? C'est alors que M. Legueu songea à utiliser toute la peau de la mamelle intacte.

Dans le prolongement des deux bords inférieur et supérieur de la plaie, il traça deux incisions transversales qui rejoignaient la ligne axillaire, circonscrivant ainsi un

vaste lambeau quadrangulaire en volet dont le mamelon formait le centre.

Il disséqua ce lambeau, le décolla, le sépara de l'aponévrose sous-jacente et pratiqua d'énergiques tractions dans le sens de la plaie à recouvrir. Mais ces tractions étaient encore insuffisantes pour rejoindre le bord externe de la plaie.

Alors par deux incisions libératrices, M. Legueu mobilisa ce sein qui ne demandait qu'à s'étaler, doublant ainsi l'étendue de son lambeau. Ces deux incisions verticales furent pratiquées dans le prolongement du méridien mammaire ou si l'on veut dans la ligne du mamelon, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Dès lors le sein s'étala dans tous les sens et se prêta à de nouvelles tractions. Les bords des incisions libératrices se mirent en accent circonflexe, puis s'horizontalisèrent, et finirent par devenir transversaux, se fondant pour ainsi dire dans la direction horizontale des premières incisions.

On peut alors atteindre le bord externe de la perte de substance. Et c'est ainsi que fut résolu ce problème assez malaisé, on l'avouera : « Etant donnée une plaie de 25 centimètres, réunir par première intention et affronter les bords ».

Comme le mentionne l'observation que l'on trouvera plus loin, le succès de l'opération fut complet, les sutures se maintinrent ; seulement au niveau de l'angle supérieur il y eut un petit point de sphacèle, et la suppuration très limitée qui se développa à ce niveau n'empêcha pas cette malade de quitter rapidement l'hôpital.

Il n'y eut pas de récurrence locale. Si Martinet et Blandin étaient encore en ce monde, ils triompheraient de ce détail, eux qui pensaient voir dans l'autoplastie une assurance contre la récurrence. Malheureusement trop d'exemples ont donné le démenti à ces belles espérances (1).

Enfin, pour achever l'histoire de l'opérée en question, elle succomba quelques mois après à une localisation du cancer dans les vertèbres.

Un an plus tard, les journaux allemands signalaient une opération identique pratiquée en Suède, à l'Université d'Upsal (2).

1. Martinet, *Gazette Médicale*, 1837. Procédé opératoire propre à prévenir la récurrence du cancer.

2. Voici d'ailleurs la traduction de l'article du *Centralblatt* (8 octobre 1898).

Dans les cas où par suite d'un carcinome du sein ou d'un autre néoplasme, particulièrement dans les tumeurs malignes de cette région, on se trouve amené à une extirpation tellement étendue que la peau saine ne suffit pas à recouvrir la plaie trop vaste, la plupart des opérateurs ont bien utilisé les greffes de Krause ou de Thiersch. Les inconvénients de ces méthodes excellentes en elles-mêmes sont cependant indéniables. La greffe de Krause donne assez souvent une guérison incomplète, la greffe de Thiersch laisse trop souvent à désirer au point de vue de la solidité. C'est ce qui inspira au Dr Graef la pensée d'employer en pareille circonstance un système d'autoplastie dans lequel, voulant réunir après extirpation, il mobilise largement l'autre sein et le greffe selon les besoins de l'intervention sur la blessure opératoire qui est ainsi partiellement recouverte. Pour la technique on doit s'inspirer des circonstances. Les résultats de cette opération sont très satisfaisants. Abstraction faite des considérations cosmétiques, concernant la situation de la mamelle saine sur la ligne médiane, ce procédé paraît être très recomman-

Le D. Graeve avait eu souvent à déplorer l'insuffisance des greffes de Krause et de Thiersch.

Dans la première, dit-il (1) la guérison complète échoue assez souvent, la seconde est défectueuse au point de vue de la solidité. Il eut alors la pensée d'employer le tégument de la mamelle saine. Il mobilise largement l'autre sein et le greffe selon les besoins de l'intervention sur la blessure opératoire qui se trouve ainsi partiellement recouverte. » (*Die andere Brust hinlänglich mobilisirt und in die theilweise vernahte Operationswunde je nach Bedarf empflantz*).

Ces derniers mots « partiellement recouverts » me font supposer que probablement le Dr Graeve a négligé d'inciser verticalement dans le sens du méridien mammaire, ce qui est très important, attendu que c'est précisément cette double incision libératrice qui permet d'étaler le sein et d'utiliser complètement cette ample réserve tégumentaire.

Les résultats de cette intervention furent très satisfaisants (*sehr befriedigend*) et ce procédé, ajoute la communication, appelle l'attention par la simplicité du manuel opératoire et par son caractère inoffensif.

Cette communication, toute récente (8 octobre 1898) laisse à M. Legueu son droit de priorité.

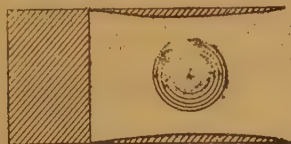
dable par la simplicité de l'intervention et l'innocuité du traumatisme dans les cas désignés ci-dessus. (Upsala, Lakareforen, Forhandl. N. F. Bd. III, p. 410).

1. On se souvient de la différence entre ces deux procédés : Thiersch faisait la greffe dermio épidermique avec avivement de la plaie bourgeonnante sous-jacente, Krause ainsi que Le Fort enlèvent de plus au lambeau sa doublure cellulo-adipeuse.

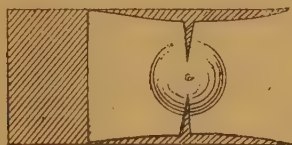
SCHÉMA DE L'OPÉRATION (1)



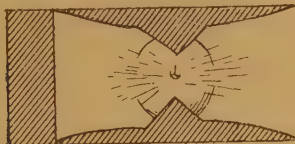
1. Incisions horizontales pour libérer le lambeau.



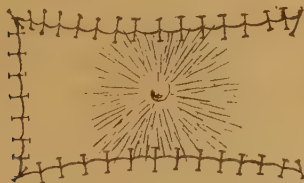
2. Décollement du lambeau : premières tractions.



3. Incisions verticales pour libérer le sein.



4. Etalement du sein dans le sens horizontal.
Nouvelles tractions.



5. Etalement du sein dans tous les sens.
Réunion immédiate.
Suture.

1. Les parties ombrées désignent la partie de substance qu'il s'agit de recouvrir.

IV

S'il fallait absolument classer ce genre d'intervention, il faudrait le cataloguer parmi les opérations issues de la méthode ancienne. C'est la méthode de Celse (1) reprise en France par Roux, Choppart et Bonnet et qualifiée de ce fait méthode française par glissement. Jobert de Lamballe aurait classé cette opération parmi les procédés quadrangulaires à grand lambeau par incision directe, variété unilatérale, à tiroir ou en volet, de Choppart, par opposition à la variété bilatérale, en cravate, de Bonnet.

Les indications de ce procédé peuvent se résumer ainsi :

1° Vaste perte de substance dans le voisinage du sein.

2° Ampleur suffisante de la mamelle.

3° Intégrité parfaite du sein.

4° Consentement de la malade en ce qui regarde les considérations esthétiques.

La technique de l'opération peut se décomposer en quatre temps, d'après M. Legueu :

1^{er} Temps. — Incision.

Après extirpation du sein malade, on pratique deux

1. Celse l. VII. ch. 3 setc. 4

incisions horizontales et parallèles partant des deux angles internes de la plaie primitive, et rejoignant la ligne axillaire ; l'une supérieure domine la mamelle saine, l'autre la souligne.

2^e Temps. — Dissection.

On sépare le sein de la paroi thoracique en cheminant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette dissection est aisée ; le bistouri est presque toujours inutile, le doigt suffit. On réalise ainsi un immense lambeau quadrangulaire, un volet dont la charnière répond, à la ligne axillaire. La peau de cette région est très élastique et se prête aisément aux tractions nécessaires.

3^e Temps. — Libération du sein.

On pratique deux incisions verticales dans la direction du mamelon, l'une descendant de l'incision horizontale supérieure, l'autre montant de l'incision supérieure. Alors, le sein s'aplatit, sa convexité s'aplanit, et on utilise ainsi une partie de la peau qui recouvre la saillie mammaire. Cette surface tégumentaire est considérable, surtout chez les femmes âgées ou multipares dont la mamelle est devenue flasque et pendante.

Quelle doit être la longueur de ces 2 incisions verticales ? Cela dépend de la quantité de peau dont on veut disposer. Dans l'opération de M. Leguëu, la surface découverte occupait une largeur de 25 centimètres. L'opérateur décolla un lambeau d'égale longueur. Le problème consistait donc à recouvrir, avec 25 centimètres de peau, une surface cruentée totale de 50 centimètres.

On pratique d'abord d'énergiques tractions et on gagne 13 centimètres, soit $25 + 13 = 38$ centimètres de lam-

beau. Reste encore à couvrir 12 centimètres de surface cruentée.

C'est la peau du sein qui va fournir ce supplément, grâce à deux incisions verticales de 7 centimètres chacune. A force de tirer et par suite de l'aplatissement du sein, chaque incision s'étale en accent circonflexe, les bords s'horizontalisent de plus en plus et finissent même par se mettre horizontalement bout à bout dans le prolongement des bords supérieur et inférieur du lambeau. Donc 7 centimètres et 7 centimètres font 14 centimètres soit, si l'on veut, 12 centimètres en tenant compte de quelque perte de longueur aux angles. Donc 25 centimètres de lambeau + 13 centimètres après tractions primitives + 12 centimètres après étalement du sein = 50 centimètres, c'est-à-dire la totalité de la surface à recouvrir.

Nous utilisons à dessein ces données d'apparence mathématique pour mettre le procédé en évidence. Il va sans dire que les circonstances modifient plus ou moins la façon de procéder.

4° *Temps*. — Suture. — Il ne reste plus qu'à réunir sans ménager les fils.

Telle fut la technique employée par M. Legueu et les résultats furent aussi heureux que rapides.

Quelques objections peuvent être soulevées.

1^o Résultat esthétique fâcheux.

2^o Traction exagérées. Probabilité du sphacèle.

3^o Irrigation et innervation impossibles par le pédicule du lambeau.

Première objection. — Le sein se trouve amené sur la ligne médiane. C'est un résultat déplorable et qui tient presque à la tératologie.

A cela nous répondons que nous avons posé en principe le consentement de l'opérée, qui, en outre, est presque toujours âgée, étant donné l'âge classique du cancer. La malade se sait perdue dans un avenir plus ou moins éloigné, quoi qu'on ait fait pour le lui dissimuler ; et cette perspective annihile singulièrement l'idée de coquetterie. Enfin une région thoracique, après amputation du sein, reste toujours déformée et inesthétique, quel qu'ait été le procédé employé. Si l'on veut nous permettre une expression peu scientifique, en réponse à une objection peu scientifique, nous dirons que dans l'opération précitée, ce qui était borgne est devenu cyclope. L'esthétique n'a

rien gagné. A-t-elle donc tant perdu ? Et puis n'oublions pas que ce procédé ne s'applique utilement qu'aux mamelles pendantes et flasques qui jamais n'ont passé pour un objet gracieux. On sait que parfois des mamelles sont une monstruosité : elles descendent sur l'hypocondre, sur l'abdomen, sur l'aîne. C'est une de ces mamelles que M. Périer enleva un jour par simple ligature élastique, comme il eût fait d'un polype (1). Eh bien ! il n'y a qu'un médiocre intérêt cosmétique à conserver cet appendice trop souvent disgracieux.

Deuxième objection. — Une intervention de ce genre, dira-t-on, exige des tractions impraticables ; et forcément le sphacèle doit s'ensuivre.

Ici, nous pensons que l'opinion relative aux tractions exercées sur la peau gagnerait à être modifiée. On peut tirer fortement sur un lambeau sans avoir ultérieurement de rétraction vicieuse ou de sphacèle. Il n'est peut-être pas indispensable de donner au lambeau ce tiers supplémentaire, ce « tiers en plus » qui est devenu classique. Ou bien faut-il admettre que l'élongation agit sur la peau de façon spéciale, comme elle agit sur les nerfs ou sur la muqueuse rectale ? Quoi qu'il en soit, les faits sont là. Nous avons déjà montré comment M. Legueu a pu donner à un lambeau le double de sa longueur sans avoir de sphacèle appréciable. Nous avons vu que le Dr Graeve de l'Université d'Upsal, a pu réussir deux opérations du même genre avec des résultats très satisfaisants. Il y a d'autres exemples où l'on vit de grands lambeaux du

1. *Société chirurgicale*, 1875.

même modèle (incision directe et glissement) subir d'énormes tractions sans sphacèle ultérieur. La question vaut la peine que je cite un ou deux faits.

Voici une opération contemporaine pratiquée par M. Quenu. Il s'agit là aussi d'une vaste auto-plastie de la région mammaire, par glissement d'un énorme lambeau unique et quadrangulaire. Seulement ici le lambeau provenait non pas du sein opposé, mais de l'hypocondre du même côté. Je me fais un devoir de citer dans son entier cette belle opération d'un de nos plus illustres maîtres (1).

« Dans un cas où le cancer était étendu en largeur il
« a suffi d'une incision dirigée en bas, et en dehors suivie
« de libération de deux lèvres pour réunir complètement.

« On taille un lambeau quadrilatère de dimension proportionnée à l'étendue de la surface cruentée, au-dessous de celle-ci, c'est-à-dire au niveau de l'hypocondre. La base du lambeau est postérieure, sa direction
« parallèle à la perte de substance ».

J'attire l'attention sur ces mots « parallèle à la perte de substance ». Car c'est ce qui donne à ce procédé, comme à celui de M. Legueu, cet aspect de grande simplicité ; puisqu'en somme cette manœuvre autoplastique n'est plus autre chose qu'une réunion bord à bord. Il suffisait de tirer suffisamment et d'oser affronter sphacèle et rétraction.

« Après dissection, il est attiré en haut et suturé à la

1. *Revue de thérapeutique et de pharmacologie*, 17 août 1896.

« peau de la région pectorale. A la place du lambeau, se
« trouve alors une surface cruentée qui, dans certains
« cas, peut être comblée par simple suture de ses bords,
« qui, d'autres fois, nécessite une deuxième autoplastie,
« analogue à la première, le lambeau étant pris alors sur
« la paroi abdominale, parfois jusqu'au niveau de la fosse
« iliaque ».

« Un fait digne de remarque, c'est que de tels lambeaux
« peuvent subir des tractions considérables sans un spha-
« cèle : si le sphacèle se montre, il est toujours superfi-
« ciel, par petits îlots, au voisinage des angles du lam-
« beau et ne nuit guère à la réunion. Les sutures doivent
« être multipliées à cause de la traction énorme. 68 crins
« ont été employés dans l'exemple ci-joint. »

On voit qu'ici l'observation de M. Legueu et celle de
M. Quénu coïncident parfaitement. Ce coin de sphacèle
dans un angle du lambeau, son peu d'importance et sa
guérison rapide se retrouvent dans les deux opérations.
Nous aurons à y revenir tout à l'heure.

Terminons en disant que les points de suture furent
enlevés le douzième jour. Combien de semaines eût-il
fallu si la plaie fut restée bourgeonnante !

Voici un autre exemple moins récent, où la traction fut
encore plus considérable. C'est une vieille communica-
tion de Bonnafond (1).

Il s'agissait d'une plaie de cuisse avec perte de subs-
tance de 14 centimètres sur 10.

Bonnafond utilise par glissement les téguments voisins

1. *Annales de chirurgie française et étrangère*, 1841.

par incisions directes et lambeaux quadrangulaires en cravate. Le bridement était si considérable que la cuisse était comme étranglée et que l'aponévrose crurale faisait saillie à la portion moyenne de la cicatrice. Le sphacèle ne se montra pas et tout finit par s'arranger normalement.

Il est donc indiscutable que l'on peut tirer fortement sur un lambeau tégumentaire sans avoir nécessairement des accidents de sphacèle ou de rétraction.

Nous dirons même une chose d'apparence paradoxale, mais qui s'explique parfaitement. On a parfois de la rétraction pour avoir trop peu tiré. Nous estimons en effet que pour n'avoir pas de rétraction, il faut tirer suffisamment pour obtenir une rupture intime des fibres constitutives du tégument. Mais si l'on n'obtient qu'un allongement temporaire sans rupture intime, il y aura rétraction inodulaire.

Un exemple: Si l'on opère sur le paume de la main ou sur la plante du pied, on aura de la rétraction, même pour une traction légère, parce que ces tissus trop résistants ne se prêtent qu'à un allongement momentané sans rupture intime.

Mais si l'on opère sur la peau du sein, de l'hypochondre de la face interne du bras, on peut obtenir des allongements énormes sans rétraction ultérieure, parce que ces tissus tendres se prêtent à une rupture intime de leurs fibres constitutives.

Ajoutons qu'il ne faut pas craindre davantage un accident de rupture immédiate. La résistance de la peau aux tractions est étonnante. Elle est due en majeure partie aux fibres conjonctives et aux fibres élastiques qui entrent

dans la constitution du derme. Il existe de M. Sappey des expériences très précises qui établissent mathématiquement le bilan de cette résistance. Des bandelettes de peau de 3 millimètres d'épaisseur sur 2 millimètres de largeur supportent sans se rompre un poids de 2 kilos.

Des bandelettes de 10 à 12 millimètres de largeur peuvent résister à des poids de 10 et 12 kilos. On peut donc tirer de toute sa force sur un large lambeau sans chance de rupture. Car on sait qu'évaluées au dynamomètre les tractions d'un adulte de force moyenne, donnant sans secousse son maximum de vigueur, ne dépassent guère une moyenne de 35 ou 40 kilogs, encore que souvent on se figure déployer une traction énorme.

3° *Objection.* — Comment le lambeau peut-il vivre dans de telles conditions ? Nous croyons indispensable, pour répondre à cette objection, d'ouvrir un chapitre spécial consacré à l'anatomie de la région mammaire en général, et du lambeau en particulier.

VI

Nous ne nous arrêterons qu'à l'irrigation et à l'innervation de la région, seules choses capables de répondre à l'objection posée.

L'irrigation peut ainsi se résumer :

1° Dans la portion interne nous trouvons : *les collatérales antérieures de la mammaire interne*, qui perforent le intercostaux internes pour se terminer en partie dans les muscles grand pectoral, en partie dans la peau et dans la glande mammaire.

2° Les collatérales externes ou *intercostales antérieures*. Il y en a deux pour chaque espace, l'une supérieure, l'autre inférieure. Elles traversent le muscle intercostal interne et s'anastomosent avec les deux branches de l'intercostal postérieur correspondant.

3° La branche terminale externe ou *musculo-phrénique* descend sur la face postérieure des sept derniers cartilages costaux, et donne les intercostales antérieures de ces espaces. Toutes ces intercostales émettent des rameaux en dehors.

4° L'artère *intercostale supérieure* se détache de la

partie postéro-inférieure de la sous-clavière, par un tronc souvent commun avec la cervicale profonde. Elle émet trois branches destinées aux trois premiers espaces intercostaux. Ces rameaux s'anastomosent avec les intercostales antérieures issues de la mamelle interne.

5° La *thoracique supérieure*, issue de l'acromio-thoracique, se porte entre le grand et le petit pectoral, qu'elle arrose, et vient ensuite s'anastomoser avec la première intercostale et les rameaux antérieurs de la mammaire interne.

6° La *thoracique inférieure* ou *mammaire externe* quitte l'artère axillaire en arrière du petit pectoral. Elle chemine sur le côté du thorax en bas, en dedans et en avant, entre le grand pectoral et le grand dentelé. Arrivé aux cinquième, sixième et septième espaces intercostaux, elle s'anastomose avec les rameaux antérieurs des artères intercostales. Dans tout ce trajet elle prête ses branches aux ganglions axillaires, au muscle sous-scapulaire, au grand dentelé, aux pectoraux, aux intercostaux, à la glande mammaire et à la peau de la région antéro-latérale du thorax.

7° L'artère *scapulaire inférieure*, par sa branche thoracique fournit quelques divisions au muscle grand, rond et à la peau de la région axillaire.

8° Enfin les *intercostales aortiques*, sorties du tronc commun de l'aorte thoracique, se portent horizontalement vers leurs espaces intercostaux, se logent dans les gouttières transversales des corps vertébraux, en arrière de la plèvre et du grand sympathique. Leurs branches antérieures qui cheminent dans la gouttière costale jusqu'au

tiers antérieur de la côte avant de s'anastomoser avec les intercostales antérieures, abandonnent de nombreux rameaux aux côtés, aux muscles, à la plèvre et surtout à la glande mammaire et à la peau du thorax.

Quelles sont les artères qui ont pu contribuer à entretenir la vitalité du lambeau ?

Il faut d'abord éliminer les collatérales antérieures de la mammaire interne, les intercostales antérieures, la musculo-phrénique et l'intercostale supérieure. L'incision horizontale supérieure les a détachées du tronc. Il en fut de même de la thoracique supérieure, la mammaire externe eut le même sort puisque la charnière était franchement sous-axillaire. Cependant on aurait peut-être pu conserver cette dernière : il aurait suffi pour cela de ne pas décoller le lambeau au-delà du point où les perforantes sortent du grand pectoral. C'est un détail qu'il est bon de noter. Ces points d'émergence sont situés en dehors et au-dessus de la glande, un peu avant l'aisselle.

Il ne reste donc plus que les ramuscules issus de l'artère scapulaire inférieure et des intercostales aortiques.

C'est une irrigation, on le voit, des plus médiocres, et en tous cas, totalement insuffisante à expliquer la vitalité du lambeau. Il faut alors de toute nécessité se replier sur une autre explication. Il faut penser que la reprise s'est faite par un mécanisme analogue à ce qui se passe dans les lambeaux non pédiculés de Tiersch ou de Le Fort.

On n'est pas encore absolument fixé sur la physiologie de ces réviviscences. Cadiat pense que les bourgeons

charnus sous-jacents ont leur couche épidermique spéciale et que les téguments autoplastiques n'ont d'autre effet que de protéger cet épiderme et d'assurer son évolution normale. Virchow estime que la reprise de la greffe se fait normalement, par pullulation et segmentation des cellules. Aujourd'hui on estime généralement avec Poncet, Colrat et Reverdin que sous l'influence du tégument transplanté, il y a prolifération des cellules embryonnaires de la plaie qui se transforment en cellules dermo-épidermiques. Et cette prolifération suffit bientôt pour alimenter les capillaires et les ramuscules du lambeau.

Si l'on admet cette théorie, la question du pédicule passe tout à fait au second plan, puisque la majeure partie du lambeau a repris sa vitalité sans le secours de l'irrigation pédiculaire. Et cependant cette irrigation pédiculaire a son utilité. Voici pourquoi. On n'a pas oublié ce coin de sphacèle qui se montra de façon identique aux angles externes du lambeau soit dans l'opération de M. Legueu, soit dans l'opération de M. Quénu. Pourquoi la prolifération cellulaire ne se fait-elle pas dans ces régions ultimes aussi bien que dans le centre du lambeau ?

C'est, selon nous, que l'irrigation pédiculaire a servi d'amorce à une néoformation de bourgeons vasculaires qui ont proliféré de proche en proche en se dirigeant vers les angles externes. Arrivé là, ce bourgeonnement vasculaire ne put rendre la vie à des tissus déjà mortifiés et le sphacèle s'établit.

Nous en avons fini avec la constitution vasculaire du lambeau : étudions maintenant son innervation.

1° La branche sus-claviculaire ou quatrième branche du plexus cervical, se dégageant du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, vient innerver la région sous-claviculaire depuis le sternum jusqu'au bord externe du grand pectoral en perforant le peaucier.

2° Le grand nerf thoracique antérieur ou nerf du grand pectoral, deuxième branche de plexus brachial ayant atteint la face profonde du grand pectoral innerve ce muscle par un grand nombre de rameaux divergents.

3° Le petit nerf thoracique antérieur ou nerf du petit pectoral, troisième branche du plexus brachial, ayant formé une arcade anastomotique avec la précédente, envoie des rameaux superficiels et des filets profonds qui se perdent dans le grand et le petit pectoral.

3° Les 2°, 3°, 4°, 5° et 6° nerfs intercostaux sortis des trous de conjugaison, émettent des rameaux musculaires, costaux et anastomotiques, fournissent : 1° les rameaux perforants latéraux dont la branche antérieure innerve la région antéro-latérale du thorax ; 2° les rameaux perforants antérieurs, qui innervent la peau de la région médiane par les filets internes ; et les téguments antéro-internes du thorax par les filets externes.

Nous croyons par ce court exposé que l'innervation du lambeau est peut-être plus facile à expliquer que son irrigation. En effet, si les nerfs issus du plexus cervical et du plexus brachial semblent être sacrifiés, le point d'émergence très latéral des nerfs intercostaux permet de conserver à ces derniers leur intégrité, du moins en ce qui regarde leurs rameaux perforants, latéraux. Et ces branches, par leurs filets innombrables, entretiennent de

façon assez plausible l'innervation externe et médiane du lambeau.

Pour les régions ultimes du lambeau on peut admettre encore une régénération de proche en proche, analogue à la régénération du système vasculaire.

Quant aux lymphatiques, issus de l'aréole et de la peau du mamelon, ils convergent vers le réseau sous-aréolaire et en deux ou trois troncs, ils se dirigent du côté de l'aisselle. Ici donc, la section du lambeau n'a amené aucune modification. Nous ne parlons pas du système veineux. Parallèle au système artériel, il en partage les modifications et suit le même mode de reviviscence.

Un dernier mot, touchant les bourses séreuses.

On sait que la présence d'une bourse séreuse à la face profonde du lambeau doit être évitée, le tissu cellulaire ainsi modifié contractant avec une extrême facilité l'inflammation phlegmoneuse.

Nous avons donc cherché si le lambeau n'était pas susceptible de porter une bourse séreuse dans sa doubleure cellulo-adipeuse. Nous n'en avons trouvé aucune. Normalement, la région n'en comporte pas. A peine peut-on dire que parfois il s'en rencontre une sur le bord antérieur de la clavicule.

Seuls les menuisiers ont au devant du sternum une bourse séreuse professionnelle à peu près constante.

Donc, rien à craindre encore de ce côté. Aussi espérons-nous avoir répondu de notre mieux aux objections qui pouvaient être formulées.

VII

Avant de conclure, nous dirons quelques mots de deux autres opérations anaplastiques pratiquées avec la peau du sein. L'une est de Verneuil et daté de 1858, l'autre est de M. Pierre Delbet et date de l'an dernier.

1° En 1858, une dame entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de Verneuil. Atteinte d'une tumeur du sein gauche, elle avait déjà subi l'opération quatre fois en plusieurs années. Chaque fois, l'opération avait semblé promettre un succès définitif, et pendant plusieurs mois on croyait à la guérison parfaite. Mais la récédive survenait alors soit dans la cicatrice, soit dans le pourtour de la zone opératoire. Pas de ganglions dans l'aisselle, santé générale excellente.

La marche, l'aspect, la non-généralisation du mal amenèrent Verneuil à penser qu'il s'agissait d'une production fibreuse. Il opéra donc largement et recouvrit la plaie d'un lambeau autoplastique.

« Je suivis de mon mieux, dit-il, toutes les irradiations
« de la tumeur et ne m'arrêtai qu'après avoir dénudé les
« côtés et dédoublé les muscles intercostaux; puis pour

« trouver un lambeau suffisant, j'eus l'idée de prendre
« le tégument de la mamelle saine qui était très volumi-
« neuse et très mobile. Le lambeau en forme de spatule
« à pédicule large et supérieur fut facilement amené sur
« la brèche par un simple mouvement d'inflexion laté-
« rale. Quelques points de suture et un bandage conve-
« nable le fixèrent si bien que son adhésion était par-
« faite au bout de quelques jours. Le résultat primitif était
« merveilleux.

« La plaie d'emprunt elle-même, pansée à plat, était
« cicatrisée au bout d'un mois. Malheureusement la réci-
« dive se montra bientôt : elle partait de la paroi thora-
« cique, et j'eus le déplaisir de voir mon lambeau, tout
« à fait sain du reste, soulevé par une masse bosselée,
« dure et volumineuse formée comme les précédentes,
« par du tissu fibro-plastique nucléaire. La malade déses-
« pérée retourna mourir dans son pays (1).

Cette opération est conçue d'après la méthode indienne :
il n'y a là ni glissement ni méthode française. Lorsque
Verneuil opéra cette malade, c'était le temps où l'on
croyait encore, d'après Martinet, que l'autoplastie préve-
nait la récurrence, et ce n'est que dans ce but que Verneuil
eut recours à l'autoplastie. Mais, quel qu'ait été le but,
on voit que le procédé n'était pas si mauvais, puisque le
résultat immédiat « en fut merveilleux ».

Nous prenons acte de ce résultat et nous en concluons
que la peau du sein se prête aussi bien à l'autoplastie
indienne ou italienne qu'à l'autoplastie française. Il est

1. Verneuil. *Mémoires de chirurgie*. I.

bon de dire cela dans une époque où la mastopexie a pris place dans les traités de chirurgie. Ne pourrait-on pas souvent, après avoir enlevé un fragment semi-lunaire de mamelle pendante ou hypertrophiée, utiliser le tégument de ce fragment dans un but anaplastique.

2° La seconde opération dont nous voulons parler est des plus intéressantes. Malheureusement, malgré nos recherches, il nous a été impossible d'en obtenir l'observation, qui aurait singulièrement enrichi ce travail.

A la suite d'une brûlure considérable de la région dorsale, la malade dont il est question (1) avait conservé une plaie qui mesurait 40 centimètres dans le sens vertical et 36 dans le sens transversal. Comme la cicatrisation ne pouvait s'effectuer spontanément, M. Pierre Delbet eut recours à des autoplasties successives suivant tous les procédés connus : méthode ancienne, méthode indienne, méthode italienne, lambeaux migrants, méthode de Le Fort et greffes d'Ollier-Thiersch. Ces diverses anaplasties qui nécessitèrent au moins six interventions successives furent couronnées d'un plein succès et la malade est au jour-d'hui complètement guérie (1).

Les premiers lambeaux autoplastiques empruntés aux seins de la malade mesuraient 23 centimètres de long sur 10 de large. M. Delbet décolla complètement, selon la technique détaillée dans notre chapitre III, les régions mammaires droite et gauche, en fit deux immenses lambeaux en volet avec charnière sternale, et les fit conver-

1. Cette malade fut présentée à l'Académie de médecine le 8 février 1897.

ger, par d'énergiques tractions, vers la ligne médio-dorsale. Voici comment l'opérateur utilisa la peau du sein dans son intervention. Après avoir mobilisé les deux lambeaux il pratiqua deux incisions convergeant vers le mamelon. L'incision supérieure rayonnait vers l'articulation acromio-claviculaire ; l'incision inférieure rayonnait vers l'hypochondre.

De plus, chose qui ne se trouve pas dans l'opération de M. Legueu, la glande fut enlevée et la couche inférieure fut dégraissée et privée de son tissu cellulaire. De ces diverses manœuvres résulta un étalement considérable qui doubla presque la longueur du lambeau. Espérant ajouter encore un supplément de longueur, M. Delbet pratiqua même deux incisions libératrices verticales sur le plastron sternal. Mais, contrairement à son attente, il n'y eut aucune plus-value de ce chef.

Il fallut donc se contenter de cette longueur de 23 centimètres. On exerça de vigoureuses tractions d'avant en arrière, on cravata énergiquement le thorax en essayant de réunir sur la colonne vertébrale. Malheureusement, on ne put atteindre complètement ce résultat. Environ dix centimètres demeurèrent découverts. Ce fut même l'occasion d'une nouvelle autoplastie très intéressante qui fut pratiquée quelques semaines plus tard.

Dans cette nouvelle intervention, M. Delbet utilisa le procédé du lambeau migrateur.

Cette méthode, qui ne compte encore que de très rares observations, est due à Wolf.

Elle consiste à reprendre sur un lambeau, quelque temps après sa réminiscence, une portion plus ou moins grande

et de l'utiliser, comme un tégument normal, pour une nouvelle autoplastie.

C'est ainsi que, voulant combler cette lacune médiodorsale, M. Delbet découpa un lambeau pédiculé qu'il fit simplement basculer par inflexion pour recouvrir la plaie restée découverte. Le succès fut complet. La plaie d'emprunt ne fut pas réunie, bourgeonna et se cicatrisa de façon très normale.

Donc ce sein flasque, disgracieux, pendant, trouva son utilisation dans un autoplastie à ricochet, et devint susceptible de recouvrir, de restaurer et de vitaliser presque toute la région dorsale affreusement ravagée.

Nous ne pouvions trouver de démonstration plus concluante et plus caractéristique pour achever ce travail. Il ne nous reste plus qu'à résumer en quelques lignes l'ensemble de nos arguments.

OBSERVATION

Mme X..., âgée de cinquante-six ans, entre en avril 1897 dans le service du Dr Pozzi que je remplaçais. Elle présente au niveau du sein droit une tumeur dure, peu douloureuse, adhérente à la peau et à l'aponévrose ; il existe en outre dans l'aiselle correspondante une masse ganglionnaire du volume du poing. Il n'y a pas de doute sur la nature cancéreuse de cette tumeur : bien que les conditions d'opérabilité soient peu favorables, je me décide à opérer cette malade, l'état général étant très bon. L'opération est faite largement le 19 avril : le sein est réséqué dans toute son étendue ainsi que l'aponévrose du grand pectoral et l'aiselle est curée largement et débarrassée de cette volumineuse masse ganglionnaire. La réunion se fait par première intention, et la malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines.

Elle revient au bout de trois mois, en juillet : la récurrence est manifeste : elle s'est faite tout autour de la cicatrice, dans le foyer primitif. Il n'y a rien dans l'aiselle. On trouve au niveau du thorax une induration profonde, avec une peau

plissée, mamelonnée, en peau d'orange. Celle-ci adhère au grand pectoral. Il n'y a pas de ganglions dans le creux de l'aisselle, je n'en constate pas non plus dans le creux sous-claviculaire.

L'état général est encore assez favorable, je me décide à poursuivre encore une fois cette poussée de cancer.

Pour être efficace, l'opération doit être particulièrement large.

J'excise toute la cicatrice première, toute la peau environnante : j'enlève également tout le muscle du grand pectoral, et gratte même les côtes : de telle sorte qu'une fois l'opération terminée, il me reste à combler une vaste plaie qui a dans le sens transversal 25 centimètres et 17 centimètres dans le sens vertical.

Pour combler cette plaie, il n'y a pas à recourir aux tractions sur la peau voisine, car la première opération a absorbé pour sa réunion toute la partie mobilisable de cette peau. C'est alors que j'ai recours au procédé de transformation du sein, que je décrirai plus loin.

Grâce à cet artifice, je puis couvrir toute l'étendue de la surface cruentée : il me faut placer un grand nombre de points de suture suivant deux lignes horizontales, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Une fois cette suture terminée, la surface cruentée est recouverte dans toute son étendue, il n'y a pas de traction dangereuse sur aucun point, si ce n'est à l'angle supérieur de la plaie.

Les jours suivants, tout se passa bien : la tension ne fut pas trop marquée ; et la réunion s'effectua par première intention, sauf, je le répète, au niveau de l'angle supérieur. Là, il y eut

un point de sphacèle du lambeau, et la suppuration très limitée, qui se développa à ce niveau n'empêcha pas cette malade de quitter rapidement l'hôpital.

J'ai appris depuis, qu'elle avait succombé quelques mois plus tard à une généralisation de son cancer à la colonne vertébrale.

CONCLUSIONS

I. — La peau du sein constitue une ressource autoplastique trop souvent négligée.

II. — Dans les vastes pertes de substance de la région thoracique ou dorsale, il est possible d'obtenir une réunion immédiate par glissement des téguments de la région mammaire.

III. — Les grands lambeaux autoplastiques pris sur cette région peuvent atteindre le double de leur longueur primitive. Cet allongement s'obtient par des tractions très énergiques et par l'étalement méthodique de la convexité mammaire.

IV. — Cet allongement excessif n'entraîne ni rétraction ni sphacèle ultérieurs.

Vu : le président de la thèse

A. LE DENTU

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER. — Bulletin de l'Académie de médecine. Juin 1886 ;
septembre 1887 ; octobre 1889-1890.
- BLANDIN. — Autoplastie, 1836.
- BONNAFONT. — Observation d'anaplastie par glissement.
Annales Chirurgie française et étrangère, Paris, 1841.
- CELSE. — De re medica. VII, IX.
- COBRAT. — Greffe épidermique, Montpellier, 1871.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, VII, 1898.
- DELAGÉNIÈRE. — Greffes cutanées et épidermiques. Gazette
des hôpitaux, 1888.
- DENUDET. — Autoplastie. Archives générales de médecine
Paris, 1855.
- DELBET (P.). — Bulletin Académie, 17 févr. 1897. Semaine
médicale, 1897.
- DONWAN. — Autoplasty in cancerous. Medical Press Dublin,
1865.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de chirurgie, I.
- FAITOUT. — Quelques observations d'autoplastie. Février
1898.
- FRITZ et REICH. — Die plastische Chirurgie. Berlin, 1845.

- GRAEFE. — Centralblatt Chir. 8 oct. 1898.
- HEYDENREICH. — Semaine médicale, 6 juillet 1888.
- JOBERT et LAMBALLE. — Chirurgie plastique, 1849.
- KIRMISSON. — Société de chirurgie, 1888.
- KRAUSE. — Arch. f. klin. Chir. XLVI-I.
- LABEDA. — Sur une nouvelle manière de pratiquer l'autoplastie, Revue médicale de Toulouse, 1889.
- LALLEMAND. — Autoplastie par méthode indienne, 1857.
- LE FORT. — Société de chirurgie, 1872, 1888, 1889.
- LEGUEU. — Congrès français de chirurgie 1898.
- MARTIN. — Durée de la vitalité des tissus. Paris 1873.
- MARTINET. — Procédé opératoire propre à prévenir la récurrence du cancer 1834.
- MONOD. — Greffes cutanées autoplastiques, 1881.
- DE MOUZA. — Chirurgie conservatrice, 1882.
- OLLIER. — Congrès français de chirurgie 1889.
- PERIER. — Ablation du sein par ligature élastique. Société de chirurgie, 1875.
- PETIT. — Cancer du sein, 1895.
- PHILIPP. — Autoplastie après amputation des cancers. Annales de médecine belge, 1839.
- PONCET. — Greffe dermo-épidermique. Lyon médical, Paris, 1871.
- REVERDIN. — Greffe épidermique. Gazette médicale, Paris 1871.
- RECLUS et DUPLAY. — Traité de chirurgie.
- RECLUS. P. — Pathologie externe.
- RIEFFEL. — Rapports du sein, Paris, 1890.
- ROUX. — Chirurgie réparatrice. Paris, 1864.

SÉVILLOT. — Applications d'autoplastie sur les cicatrices vicieuses.

TESTUT. — Traité d'anatomie.

THIERSCH. — Centralblatt chirurgie, 1886.

VERNEUIL. — Mémoires de chirurgie, 1.

— Gazette des hôpitaux, 1857.

WOLFE. — British M. J. 1875.

TABLE

Dédicace et avant-propos.	7
I. — Introduction et plan.	9
II. — Avantages de la réunion immédiate. Procédés autoplastiques. Possibilité d'utiliser la région mammaire dans un but anaplastique	11
III. — Opération de M. Legueu. Opération de Graeve d'Upsal. Description du procédé.	15
IV. — Indications et technique de ce procédé.	20
V. — Discussion. 1 ^{re} objection tirée du résultat esthétique. 2 ^e objection tirée du sphacèle et de la rétraction. Réfutation. Opération de M. Quénu. Opération de Bonnafond. Possibilité des tractions considérables sans sphacèle ni rétraction.	23
VI. — Irrigation et innervation du lambeau	29
VII. — Opération de Verneuil. Opération de M. P. Delbet	35
Observation	40
Conclusions	43
Bibliographie.	44

